

3. Derzie Aj, Silvestri F, Liriano E, Benotti P. *Wound closure technique and acute wound complications in gastric surgery for morbid obesity: a prospective randomized trial*. J Am Coll. Surg 2000; 191: 238–43.
4. Jupiter Jb, Ring D, Rosen H. *The complications and difficulties of nonunion in the severely obese*. J Orthop Trauma 1995; 9: 363–70.
5. Maxwell Mh, Waks Au, Schroth Pc, Et Al. *Error in blood pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients*. Lancet 1982; 2: 33–6.
6. Mccarroll Sm, Saunders Pr, Brass Pj. *Anesthetic considerations in obese patients*. Prog Anesthesiol 1989; 3: 1–12.].
7. Blouin Ra, Warren Gw. *Pharmacokinetic considerations in obesity*. J Pharm Sci 1999; 88: 1–7.
8. Sollazzi L, Perilli V, Modesti C, Et Al. *Volatile anesthesia in bariatric surgery*. Obes Surg 2001; 11: 623–6.
9. Buckley Fp, Robinson Nb, Simonowitz Da. *Anaesthesia in the morbidly obese: a comparison of anaesthetic and analgesic regimens for upper abdominal surgery* Anaesthesia 1983; 38: 840–51.
10. Schafer H, Ewig S, Hasper E, Luderitz B. *Failure of CPAP therapy in obstructive sleep apnea syndrome: predictive factors and treatment with bilevel-positive airway pressure*. Respir Med 1998; 92: 208–15.
11. Tong J. Gan, *Evidence-based management of postoperative nausea and vomiting*, Canadian Journal of Anesthesia 50:R5 (2003).

Rezumat

Anestezia la pacienții obezi este o provocare majoră. Este esențial de a lua în considerare particularitățile patofiziologice, comorbiditățile și complicațiile legate de obezitate. În lucrare sunt descrise riscurile perioperatorii și particularitățile asistenței anestezicologice reanimatologice la pacienții obezi supuși chirurgiei bariatrice. Au fost examinați 10 pacienți operați pentru obezitate. Variabilele analizate au inclus indicii demografici, datele examenului preanestezic, medicația preanestezică. Este descrisă tehnica anesteziei efectuate, evoluția postanestezică.

Summary

Anaesthesia for bariatric surgery is a major challenge. It is essential to take into account the specific pathophysiology, comorbidities and related complications associated with obesity. This article is designed to overview the perioperative risk situation for the obese patient. Furthermore, the following text presents concepts in performing anaesthesia for the pre-, peri- and postoperative phases. Were examined 10 patients operated on for obesity. Variables analyzed included demographics, anesthetic data and perioperative course

FIXATORUL EXTERN – METODĂ DE OSTEOSINTEZĂ MINIINVAZIVĂ ÎN URGENȚĂ LA PACIENȚII POLITRAUMATIZAȚI

Vasile Pascari, dr. în medicină, conf. univ., Catedra Urgențe Medicale, USMF
“Nicolae Testemițanu”

Actualitatea temei. Politraumatizatul este un bolnav, căruia multiplele leziuni îi pot pune în pericol viața sau îl pot transforma în viitor într-un handicapat, din cauza complicațiilor legate de leziunile craniene, viscerale sau osoase [3]. În esență, toate converg către asocierea a cel puțin două leziuni traumatiche, dintre care cel puțin una în absența tratamentului, determină pronosticul vital. Atitudinea terapeutică este în aceste cazuri urgentă, eșalonată cu priorități:

- Salvarea vieții;
- Rezolvarea leziunilor viscerale;
- Tratamentul leziunilor osteoarticulare. Asistența medicală de urgență va fi asigurată de o echipă polidisciplinară.

În cazul fracturilor oaselor tubulare lungi și leziunilor de bazin asociate, politratismului, se cere intervenția chirurgicală cât mai precoce, în primele ore sau zile de la traumatizare [5] cu aparate de fixare externă (ap. Ilizarov, ap. tijat sau mixt). Desigur, bolnavul este deșocat, leziunile viscerale

asociate sunt rezolvate, iar în multe cazuri osteosinteza cu aparate de fixare externă va fi realizată concomitent cu intervențiile chirurgicale pe abdomen, torace. Traumatismele craniene putând fi operate cu un GCS >7 [2].

În prezent nu se mai admite amânarea unei intervenții pe extremitățile lezate, leziunile bazinului în politraumatismele asociate cu traumatisme craniene, toraco-abdominale.

Scopul lucrării este de a prezenta posibilitățile utilizării fixatorului extern (ap. Ilizarov, ap. tijat sau mixt) ca mijloc de stabilizare osoasă miniinvasivă a politraumatizaților cu fracturi multiple ale locomotorului și leziunilor bazinului.

Materiale și metode. Investigațiile noastre sunt bazate pe studiul a 56 pacienți politraumatizați, tratați chirurgical în secțiile specializate de ortopedie și traumatologie a CNȘPMU pe parcursul anului 2008, în 25 (44,6%) cazuri au fost monitorizate fracturi ale locomotorului, asociate cu leziuni ale altor regiuni anatomice corporale, iar în 31 (55,4%) cazuri au fost diagnosticate fracturi multiple ale locomotorului. Conform localizării topografice, 2 segmente au fost fracturate la 16 (28,6%) pacienți, trei - 19 (33,9%), 4 și mai multe segmente la 21 - (37,5%) accidentați, fracturi deschise au fost diagnosticate la 7 (12,5%) pacienți. Gravitatea leziunii a fost stabilită prin evaluarea pacientului folosind scorul ISS, la 35 pacienți scorul evolutiv al gravității leziunii a fost monitorizat cu o limită de până la 17, între 16-25 (13 pacienți), ISS 25-40 (4) și ISS > 40 (4 pacienți). Starea de șoc a fost diagnosticată la 38 (67,85%) politraumatizați:

- Gr. I. – 22 (39,2%)
- Gr. II. – 11 (19,6%)
- Gr. III. – 5 (8,9%)

Din numărul total de pacienți, bărbați au fost 31 (55,3%), femei – 23 (41%), 57,7% constituind pacienții politraumatizați cu o vârstă până la 40 ani. Accidentele rutiere au constituit cauza predominantă (72,6%) Media aflării acestor pacienți în staționar a fost de $38,3 \pm 2,1$ zile/pat.

Rezultate. Din cei 16 pacienți, care au beneficiat de intervenție chirurgicală, fixare externă le-a fost aplicată la 7 pacienți cu fracturi deschise ale oaselor tubulare lungi (mai frecvent – gamba), în termeni mai tardivi (până la 3 săptămâni) au fost supuși intervențiilor chirurgicale și ceilalți pacienți politraumatizați cu traumatisme multiple ale locomotorului fiind realizată o osteosinteză definitivă. Au fost folosite de 3 ori fixatoarele externe ca mijloc de stabilizare a leziunilor bazinului. Ca metodă de stabilizare provizorie a fragmentelor oaselor tubulare lungi, aparatele de fixare externă n – au fost utilizate.

Complicații: 3 cazuri - redori articulare, 2 cazuri de infecție superficială, la nivelul fișelor fixatorului.

Concluzii

1. Pacienții politraumatizați vor fi evaluați cu un scor fiziologic, dar și unul anatomic, determinând stările patologice, care prezintă pericol vital pentru accidentat, apreciază gradul de leziuni ale segmentului traumatizat.

2. Osteosinteza segmentelor traumatizate a locomotorului va fi sintetizată conform conceptului modern “damage control ortopedics”, în funcție de complexitatea și gravitatea leziunilor, determinată de ansamblul de clasificări (scor) în fiecare caz individual.

3. Intervențiile chirurgicale miniinvasive cu aparate de fixare externă a pacienților cu polifracturi multiple ale locomotorului vor fi realizate în dependență de gravitatea politraumatizării, caracterul leziunilor prezența șocului traumatic.

4. Eșalonarea asistenței medicale (intervențiilor chirurgicale) corect și în volum deplin, va permite micșorarea mortalității pacienților grav politraumatizați.

Bibliografie selectivă

1. American College of Surgeons Committee on Trauma: *Resources for Optimal Care of Injured Patient*.
2. Van Camp LA, Deloos H. *Current trauma scoring systems and their applications: a review*. In: Berlot G, Deloos H., Gulló A., editors. *Trauma Operative Procedures*. New York: Springer, 1999, p.31–9.
3. Olding W., Crookard A, Trauma Care, *Trauma Etiology and Pathogenesis*: 8-23, Second Edition, 1987.

4. Ionescu G., Turculeț Cl., Politraumatisme, *Tratat de Patologie Chirurgicală*, sub redacția Angelescu N. I, 2003, 615-653.
5. Marcu M., Dana Galiata Mincu, *Sănătate Publică*, Sănătate Publică și Management Sanitar, 2003, 1-162.
6. Muresan P., *Reglementari privind clasificarea și codificarea cauzelor de boala și deces*, revizia a 10-a, Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe, ED. Medicala, București, 1993.
7. Peden M., Mc Gee K., Krung E., eds., *Injury : a leading cause of the global burden of disease*, 2000, WHO, Geneva, 2002.
8. Rotondo M., Schwab C., McGonigal M., et al. *Damage control: an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury*. J Trauma 1993;35(3):375-82.
9. Соколов В. А., *Множественные и сочетанные травмы*, Издательская группа „ГЭОТАР-Медиа”.

Rezumat

Autorul a efectuat un studiu, în baza evaluării a 68 pacienți politraumatizați cu fracturi multiple a locomotorului tratați în secțiile specializate de ortopedie și traumatologie a CNȘPMU, pe parcursul anului 2008. Potrivit analizei statistice în 25 (44,6%) cazuri au fost monitorizate fracturi ale locomotorului, asociate cu leziuni ale altor regiuni anatomice corporale, iar în 31 (55,4%) au fost diagnosticate fracturi multiple ale locomotorului. Argumentează strategiile evaluării și managementului pacienților critic politraumatizați, conform conceptului contemporan „damage control ortopedics”, în funcție de complexitatea și gravitatea leziunilor, determinată de ansamblul de clasificări (scor) în fiecare caz individual.

Summary

The author conducted a study of evaluation of 68 patients with multiple trauma patients treated in specialized sections of orthopedics and traumatology of NSPCEM during 2008. Were treated 25 (44, 6%) cases of the fracture associated with injuries of the other anatomical region and 31 (55, 4%) cases with multiple fractures, according to the statistical analysis. It is argued the strategy of assessment and management of critical patients with multiple traumas, the contemporary concept of „damage control orthopedics”, depending of the complexity and severity of damages determined by all the classification in each individual case.

ROLUL STRESULUI OXIDATIV CA FACTOR DE RISC CARDIOVASCULAR LA PACIENȚII DIALIZAȚI ȘI PERSPECTIVE TERAPEUTICE

Rodica Cazacu, medic, **Dumitru Mastak**, șef secție hemodializă,
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Particularitățile stresului oxidativ la pacienții dializați.

Patologia cardiovasculară (CV) este principala cauză de deces al pacienților aflați la hemodializă, toți acești pacienți fiind considerați a fi în grupul de risc foarte înalt pentru dezvoltarea complicațiilor CV. Acest fenomen este datorat atât prezenței factorilor de risc clasici pentru patologii CV, cât și a celor uremici specifici (expansiunea volemică cronică, anemia, modificările metabolismului fosfo-calcic și calcificările vasculare, infecțiile cu herpes și chlamydia pneumoniae, acidoza, toxinele, producții de glicozilare avansată, hiperhomocisteinemia și statutul microinflamator asociat cu stres oxidativ exagerat și disfuncție endotelială) [1]. Mai sunt incriminați și factorii legați de dializă, așa ca bioincompatibilitatea membranelor, impuritățile dializantului, fluctuațiile tensionale și ale nivelului seric al electroliților. Statutul uremic este asociat cu un stres oxidativ crescut la pacienții dializați, cauzat de generarea excesivă de specii reactive de oxigen (SRO) și nivele scăzute de diverși antioxidanți. Factorii etiologici ai acestui dezechilibru sunt tulburările metabolice asociate uremiei, însăși procedura de hemodializă și medicamentele [2].

S-a sugerat că unele toxine uremice (guanidinele) au activitate prooxidantă, însă alterarea metabolismului oxidativ al pacienților uremici pare să fie produsă nu numai de toxinele uremice ci și de unii factori intrinseci ai neutrofililor pacienților. Printre factorii endogeni de generare a SRO la